

紹介状・診療情報提供書

年 月 日

いまきいれ総合病院

〒890-0051 鹿児島市高麗町 43 番 25 号
電話 099(252)1090・FAX099-203-9119

地域医療連携センター直通

電話 099(203)9110・FAX099(203)9101

受付時間 月～金曜日 8:30～17:00

土曜日 8:30～12:00

科 先生

(お名刺を貼付頂いても結構です。)

医療機関の
名称及び所在地

電話番号

診療科(担当医)

医師氏名

下記の患者様を紹介致します。

患者氏名	様(男・女)		職
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日(才)	業
住所 TEL	〒 TEL ()		—
傷病名			
紹介目的			
既往歴及び家族歴			
症状経過及び検査結果			
治療経過			
現在の処方			
備考			

- 備考 1. 宛先の医師名が不明の場合は、科名のみをご記入下さい。
2. 必要がある場合、画像診断のフィルム、検査記録を添付して下さい。

3. 病症の安定により貴院へご返送に対する希望	希望する。 希望しない。
-------------------------	-----------------